PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IX 1937 Nr 10

Pielęgniarka Polska Nr. 10

TREŚĆ:

Dr. J. Bujalski: Z zagadnień pielęgniarstwa

H. Skwarcówna: Z Ośrodka Zdrowia w Swarzędzu

Zabiegi pielęgniarskie

Mag. M. Morzkowska: Leczenie dietą niedokrwistości złośliwej

Pielęgniarstwo za granicą

Kronika — Różne

L'Infirmière Polonaise Nr. 10

SOMMAIRE:

Dr. J. Bujalski: La question du *nursing* en Pologne

Melle H. Skwarcówna: Le Centre d'Hygiène à Swarzędz

Soins et procédés d'infirmière

Mlle M. Morzkowska: Régime therapeutique en cas d'anémie pernicieuse

Le nursing à l'Etranger

Chronique — Divers

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty:

rocznie 6 zł. kwartalnie 2·00 zł. miesięcznie 70 gr.

Przy zaległościach w prenumeracie zł. 8 rocznie

Konto P. K. O. 409.450.

Rok IX Październik 1937 Nr 10

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

Z zagadnień pielęgniarstwa*)

W okresie dla nas szczególniej ważnym, gdy ciągle aktualne są projekty nowelizacji ustawy o pielęgniarstwie, będącej fundamentem naszego zawodu, zapewniającej chorym nyleżytą obsługę, a ludności zdrowej — obronę przed chorobą, — z radością witamy głos znawcy w dziedzinie szpitalnictwa i służby zdrowia, b. ministra zdrowia, dr. Jerzego Bujalskiego. Nie wątpimy, że głos ten nie mało zaważy na szali losów pielęgniarstwa w Polsce, przyczyniając się do zachowania linii jego rozwoju

REDAKCJA.

Ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r. zaktualizowała zagadnienie, którym na ogół zajmowano się niewiele. Poza nielicznym gronem pielęgniarek dyplomowanych i znacznie od niego mniejszym gronem lekarzy, związanych z pracą pielęgniarską, lub osób, z urzędu zajmujących się pielęgniarstwem, nie tylko nie interesowano się tym zagadnieniem, ale nawet nie starano się przestudiować go poważnie. Sprawa obsługi i pielęgnacji chorych, sprawa obsady placówek pielęgniarskich w organach wykonawczych służby zdrowia, jakby nie istniała, jako zagadnienie. Panowała koło niego taka cisza, jak gdyby rozwiązane było w zupełności, lub też było tak mało znaczące, że nie wymagało większego i szerszego zainteresowania.

Dopiero ustawa o pielęgniarstwie, rozwiązując i przesądzając zasadnicze dla pielęgniarstwa polskiego problemy, wywołała poruszenie bądź wśród dotkniętych tą ustawą bezpośrednio, bądź niezadowolonych z niej z tych czy innych powodów. przy czym i jedni i drudzy zachowywali się grobowo spokojnie w okresie dość długich prac przygotowawczych, poprzedzających jej wydanie. Po roku przeszło od wydania ustawy rozpoczęło się zwoływanie narad, pisanie memoriałów, interwencje związków zawodowych i politycznych, i w rezultacie doszło do wytworzenia niemiłej sytuacji — podważenia autorytetu ustawy i zapowiedzi rychłej jej nowelizacji. Gdyby

*) Drukowane jednocześnie w czasopiśmie „Lekarz Polski“.

cała ta dość ostra akcja prowadzona była przed wydaniem ustawy, to byłaby na czasie i niewątpliwie miałaby wpływ na ustawę. Obecnie zaś częściowe niewykonanie i zapowiedź rychłej nowelizacji doprowadziły do tego, że wiele z pośród niedyplomowanych pielęgniarek lekceważy obowiązek rejestracji, nie ma zamiaru poddać się przeszkoleniu i państwowemu egzaminowi na tej podstawie, że jakoby nowela ma przywrócić dawny stan w pielęgniarstwie i uprawnić wszystkie osoby, zajmujące się zarobkowo pielęgniarstwem, choćby nie posiadały zawodowego wyszkolenia.

W pielęgniarstwie stwierdzić obecnie należy bez wątpienia, stan zaburzenia równowagi. Dyplomowane, wyszkolone pielęgniarki czują się zagrożone w swym zawodzie przez masowy dopływ nowych sił, legalnie wykonujących pielęgniarstwo, równouprawnionych, a stojących pod względem wyszkolenia fachowego nieskończenie od nich niżej, i obawiają się na skutek tego tak szybkiego dopływu nie tylko obniżenia poziomu moralnego i zawodowego pielęgniarstwa, ale i zmiany jego ideowego oblicza. Zaś znacznie od nich większa grupa pielęgniarek niedyplomowanych chciałaby przez wysłuchanie dwumiesięcznego kursu przeszkoleniowego i państwowy, nietrudny zresztą, egzamin, uzyskać te same uprawnienia wysiłkiem małym i bez kosztów, jakie dyplomowane pielęgniarki uzyskały w 2½-letniej, drogiej szkole. Powstałe lub powstające rozdźwięki, jako wyraz tarć interesów i poglądów na pielęgniarstwo, zaostrza to, że w tym momencie starają się uzyskać rejestrację i choćby dwuletnie uprawnienie pielęgniarskie, może bez nadziei zdania egzaminu, elementy, nigdy nic wspólnego z pielęgniarstwem nie mające, zdobywające w sposób, przypuszczać należy, podstępny, zaświadczenia o pracy pielęgniarskiej, by zdobyte w ten sposób dwuletnie uprawnienia wyjaśniły dwuznaczą częstokroć ich pozycję społeczną choćby tylko na pewien czas.

Sytuacja dziś wytworzona jest istotnie i ciężka i przykra; wymaga specjalnej powagi i rozwagi. Przy jej rozwiązywaniu należy pamiętać o społecznych potrzebach pielęgniarstwa, jako organu niezbędnego i tak ważnego służby zdrowia, jak również o życiowych interesach pielęgniarek niedyplomowanych, często, a raczej przeważnie — samouków, praktycznie szkolonych bez podkładu teoretycznego, a w najlepszym razie — absolwentek nie wystarczających paromiesięcznych kursów pogotowia wojennego, ale powołanych przez tyle lat legalnie do pełnienia służby pielęgniarskiej.

* * *

Ustawa o pielęgniarstwie ogłoszona została 16 kwietnia 1935 roku z mocą obowiązującą w wykonaniu od dnia 16 lipca 1935 r. Rozporządzenie wykonawcze, zawierające przepisy rejestracyjne i egzaminacyjne, ogłoszono 17 marca 1936 r. Termin składania podań o egzamin państwowy upłynął 17 kwietnia 1937 r. Okres, dzielący faktyczne wejście w życie ustawy od jej ogłoszenia nie był może wykorzystany dostatecznie do przystosowania się do nowych, przez ustawę wytworzonych stosunków w pielęgniarstwie. Ustawa zamknęła dopływ nowych sił pielęgniarskich pozaszkolnych, nie otworzono jednak nowych szkół, choć wiadomo było, że obecnie istniejące szkoły zaspokoić mogą tylko część normalnego rocznego zapotrzebowania. Powstała w ten sposób luka dopiero po paru latach będzie mogła być wyrównana. Zagadnienie, zdawało się, już rozwiązane, znalazło się znowu

w spisie zagadnień nierozwiązanych, prócz tego nabrało cech pilności i ostrości w warunkach formalnie już obowiązującej ustawy. Doprowadzenie istniejącego stanu do równowagi nie będzie sprawą łatwą nawet przy użyciu tak radykalnego środka, jak nowelizacja. Znajdujemy się w okresie poważnego zamieszania, który trwać będzie długo i będzie ciężki dla wszystkich instytucji zdrowia publicznego, posiłkujących się pielęgniarkami. Instytucje te już obecnie znalazły się w sytuacji poważnej, mają duże utrudnienia pracy. Aczkolwiek nowelizacja ma mieć za główne zadanie korektę w dziedzinie przywrócenia równowagi między zapotrzebowaniem sił pielęgniarskich i podażą tych sił, to jednak ma ona podobno poddać rewizji również i zasadnicze postanowienia ustawy, ustalające najistotniejsze dla pielęgniarstwa sprawy, wynikające z celów i zadań, więc prawa i obowiązki, przygotowanie ogólne i fachowe. Jednym słowem, całe zagadnienie pielęgniarstwa w ten sposób odżyłoby na nowo, i stało się znowu aktualne do rozwiązania w całej rozciągłości.

* * *

Opinie o stanie polskiego pielęgniarstwa są różne, różne są też jeszcze zdania o jego celach i zadaniach. Zwłaszcza te ostatnie są jeszcze bardzo mgławicowe nawet wśród tych, których identyczność terenu pracy zmusza do stałej, codziennej i bliskiej współpracy z pielęgniarkami. Różnice poglądów na cele i zadania pielęgniarstwa mają głębsze przyczyny. Pozostają one w ścisłej zależności od nieupowszechnionych, a różnych jeszcze, poglądów na cele i zadania instytucji zdrowia publicznego, na ich rolę w życiu państwowym i społecznym, więc szpitalnictwa, instytucji zapobiegawczych i leczniczych, od poglądu na stanowisko, jakie pielęgniarka w tych zakładach i instytucjach zajmować powinna. A od ścisłego określenia celów i zadań nowoczesnego pielęgniarstwa, od dokładnego ustalenia obowiązków pielęgniarki zależeć przecież musi nie tylko program szkoły pielęgniarskiej, ale i stopień wymaganego przygotowania ogólnego pielęgniarki, wymagania co do poziomu jej kultury, cech psychicznych i fizycznych. Stąd też ustalenie stanowiska nowoczesnej pielęgniarki w instytucjach zdrowia publicznego w ścisłej łączności z celami i zadaniami nowoczesnej organizacji instytucji zdrowia — musi stać się punktem wyjścia do wszelkich rozważań o pielęgniarstwie, jak również do krytycznej oceny obowiązującej ustawy i rozporządzenia oraz zamierzeń nowelizacyjnych.

* * *

W ścisłej łączności ze zmianą poglądów na chorego człowieka, na stosunek do niego, w związku z wzrastającą wartością zdrowego, zdolnego do pracy obywatela, w łączności z postępem nauki lekarskiej odbywała się zmiana celów i zadań instytucji, poświęconych przywracaniu zdrowia, więc przede wszystkim szpitali. Dawniej szpital był istotnie przybytkiem choroby, dziś staje się domem zdrowia, który w granicach największych możliwości przywrócić ma człowiekowi zaburzoną przez chorobę równowagę fizyczną i psychiczną. Szpitale przeszły już bardzo poważną ewolucję, i wymagania, stawiane dziś szpitalowi w opiece nad chorym są różne od stawianych wczoraj i przedwczoraj. Pielęgnacja chorego tak fizyczna, jak i psychiczna stała się w lecznictwie szpitalnym czynnikiem pierwszorzęd-

nego znaczenia, nie tylko jako postulat higieny osobistej, ale wprost jako środek terapeutyczny, czasami decydującego wpływu. Z postępem nauki lekarskiej o zdrowym i chorym człowieku zasady pielęgnowania ulegały ewolucji, i w dzisiejszym już stanie są skomplikowane, nie łatwe do opanowania, a przede wszystkim wymagają gruntownego przygotowania. Pielęgniarka nowoczesna tak mało ma wspólnego z osobą pielęgnującą chorego dawnych lat, ograniczającą swe czynności do nakarmienia chorego, utrzymania go w w możliwej czystości i dania leków.

N o w o c z e s n a p i e l ę g n i a r k a s z p i t a l n a jest i musi być nie tylko organem wykonawczym lekarza w drobnych zabiegach i dawaniu leków, ale s t a j e s i ę g ł ó w n y m o b s e r w a t o r e m p r z e b i e g u c h o r o b y, o k i e m i u c h e m l e k a r z a, c z y n n i k i e m w s p ó ł d z i a ł a j ą c y m b e z p o ś r e d n i o w l e c z e n i u c h o r e g o. Lekarz bada chorego, stawia rozpoznanie, ustala kierunek leczenia, wykonuje zabieg, przepisuje środki lecznicze. Czynności jego ograniczają się do stosunkowo krótkiego czasu badania i zabiegu. Przy chorym całą dobę pozostaje pielęgniarka. Ona opiekuje się chorym. Od jej poważnego przygotowania fachowego, od jej sumienności, inteligencji, zdolności obserwacyjnych, od jej zaradczości, od należytego oceniania zjawisk, powstałych u chorego wtedy, gdy pozostaje ona przy nim sama jedna, zależy przecież nie tylko normalny przebieg leczenia, złagodzenie cierpień, ale bardzo często i życie chorego. Jej obserwacja w czasie nieobecności lekarza jakże często decyduje o sposobie leczenia! D z i ś p i e l ę g n i a r k a p r z e z w y k o n y w a n i e t e g o, c o n a z y w a s i ę p i e l ę g n o w a n i e m c h o r e g o w n o w o c z e s n y m t e g o s ł o w a z n a c z e n i u, leczy chorego jako samodzielny w granicach pielęgnacji organ szpitala, l e c z y p r z e z p i e l ę g n o w a n i e, kontrolowana tylko dorywczo przez lekarza. W jej rękach spoczywa tak często największa wartość człowieka — życie.

Skupienie chorych obok siebie, będące nieuniknionym złem w pracy szpitala, wytwarza wśród chorych szpitalnych specyficzną atmosferę choroby. Choroba i jej przejawy stają się wyłącznym prawie przedmiotem rozmów chorych, bezczynnie przebywających w szpitalu, oderwanych od otoczenia i pracy codziennej. Ta stała medytacja na temat własnej i cudzej choroby stwarza poważny uraz psychiczny, i wywiera wpływ ujemny na przebieg leczenia. Nowoczesnej pielęgniarce stawia się żądanie, by przez wpływ swój podczas codziennego obcowania z chorym nie tylko starała się usunąć szkodliwe następstwa tej atmosfery, ale aby wprost nie dopuszczała do jej powstawania. Od jej kultury, inteligencji wymaga się uzyskania silnego wpływu na chorego i utrzymania go w nastroju pogodnym, pełnym nadziei wyzdrowienia, w uległości w leczeniu i wierze w jego skutki, dobrowolnym i biernym poddaniu się przykrym czasami i uciążliwym metodom leczniczym. Psychiczne oddziaływanie na chorego, niezbędne w czasie jego pobytu w szpitalu, jest prawie że wyłącznie polem działania pielęgniarki. Dla lekarzy jest ono prawie nie wykonalne ze względu na krótkie okresy kontaktu z chorym — od pielęgniarki wymaga wiele czasu i pracy, a przede wszystkim — umiejętności. Skupienie w szpitalu chorych o najrozmaitszych poziomach kultury, wykształcenia, wyrwanych ze swego środowiska, cierpiących, to podnieconych, to przygnębionych, patrzących na wszystko i wszystkich przez specjalne okulary nałożone przez chorobę,

jest przyczyną częstych konfliktów, narzekań, sporów. Pielęgniarka, stale przebywając z chorymi, znając ich usposobienie i skłonności, jest tą, od której przede wszystkim żąda się opanowania chorych i zapanowania nad nimi.

Od nowoczesnej więc pielęgniarki szpitalnej, prócz umiejętności wykonywania czynności pomocnicy lekarza i pielęgniarki chorego, wymaga się wiele. I do tej pracy musi przystąpić dobrze przygotowana przez szkołę. Do wymagań, stawianych pielęgniarce, musi być dostosowany program szkolenia, one decydować muszą o właściwościach psychicznych i fizycznych, wymaganych przy wstąpieniu do szkoły.

Podstawą szpitala, fundamentem jego, jest dobry lekarz i dobra pielęgniarka. Oni to decydują o wartości pracy szpitala. Nie ma dobrego szpitala bez dobrego lekarza, ale też niema go również bez dobrej pielęgniarki.

* * *

Jeśli przyjrzeć się obowiązkom pielęgniarki w instytucjach medycyny społecznej, więc przychodniach zapobiegawczych, ośrodkach zdrowia itp. to stwierdzić się musi, że pracy jej przypada dominująca rola. Jest ona głównym łącznikiem między społeczeństwem a instytucją, od niej zależy w przeważającym stopniu stosunek, jaki wytworzy się między ośrodkiem lub przychodnią, a otoczeniem. Pielęgniarka może stworzyć z przychodni czy ośrodka instytucję o dużej sile przyciągającej, może też odgrodzić ją murem niechęci otoczenia. Wartość tego łącznika zależy od wrodzonych lub nabytych w szkole cech, właściwych pielęgniarce, od ideowego jej nastawienia, stopnia wyszkolenia, inteligencji, taktu. Pielęgniarka w instytucjach tych pracuje prawie że samodzielnie, i pielęgniarka społeczna źle przygotowana pod względem fachowym, ideowo nie przygotowana do pracy, zamiast pożytku przynieść musi poważną szkodę, której naprawa wymagać będzie całych lat żmudnej pracy. Charakter pracy pielęgniarki społecznej jest tego rodzaju, że łatwo popsuć może całą robotę, a złe lub źle rzucane ziarna tak zachwaścić mogą teren, że oczyszczenie go, to niezmierny wysiłek długoletni.

* * *

Oba te rodzaje pracy pielęgniarskiej, czy to pielęgniarki szpitalnej czy pielęgniarki społecznej, w świetle wymagań nowoczesnej organizacji opieki szpitalnej i organizacji medycyny społecznej zmuszają do stawiania wysokich kryteriów co do jakości jej pracy. Pielęgniarka pracuje nie przy maszynie, ale przy żywym człowieku, czy to chorym, czy w obronie jego zdrowia. I to, że pracuje przy człowieku żywym, więc największej wartości, dostatecznie tłomaczy wysokie wymagania, stawiane nowoczesnej pielęgniarce. Wymaganiom tym odpowiedzieć może nie każda, gdyż pielęgniarstwo wymaga posiadania specyficznych dla tego zawodu właściwości, zbędnych może w innych zawodach. Prócz zdrowia psychicznego i fizycznego, prócz gruntownego wyszkolenia zawodowego, musi się wymagać od pielęgniarki odpowiedniego nastawienia ideowego, właściwej dozy inteligencji, opanowania, taktu, cierpliwości, zaradności, spostrzegawczości i kultury. Bez tych cech nie może być dobrej pielęgniarki. I tu występuje

pierwsze zadanie szkoły — selekcja kandydatek. Badanie osobowości w szkole musi być przeprowadzane gruntowniej i skrupulatniej, niż w innych zawodach.

Materiał teoretyczny, jaki pielęgniarka musi opanować, niezbędny do zrozumienia praktycznych czynności i ich celowości, jest duży. Opanować go może tylko pielęgniarka, posiadająca odpowiednie wykształcenie ogólne. Umysły, odpowiednio nie przygotowane nie będą w stanie ani zrozumieć ani opanować niezbędnego minimum teorii. Nie jestem zwolennikiem rozbudowy teorii w zawodowym szkoleniu. Ale minimum teorii, niezbędnej do zrozumienia czynności pielęgniarskich, jest tak duże i tak trudne, że bez wykształcenia ogólnego przyswojenie go jest niemożliwe. I dlatego uważam, że słuszne jest wymaganie od uczennicy szkoły pielęgniarskiej matury gimnazjalnej nowego typu, więc z 6 klas gimnazjalnych. Poniżej tego przygotowania ogólnego nie należałoby schodzić bez obawy obniżenia poziomu moralnego i fachowego pielęgniarstwa, i bez obawy obniżenia jakości pracy instytucyj, przez pielęgniarki obsługiwanych. Obniżenie cenzusu wykształcenia ogólnego jest zresztą na tle polskiej rzeczywistości nie potrzebne, a nawet — szkodliwe.

Samo szkolenie pielęgniarek należałoby może poddać rewizji. Szkoła pielęgniarska jest szkołą zawodową. Główny nacisk należałoby położyć na przygotowanie do życia praktycznego. Ograniczenie teorii do minimum, niezbędnego do zrozumienia czynności praktycznych, wydaje się konieczne. Przebudowa teoretycznego programu szkolenia jest, zdaje się, nieunikniona. Szkolenie musi być pełne, więc uzupełnione być powinno i w działach dotychczas zaniedbanych, jak choroby kobiece, z którymi pielęgniarka spotyka się, pracując w szpitalach ogólnych[1]). Prócz tego szkoła musi przygotować pielęgniarki do wszystkich rodzajów pracy, tak szpitalnej, jak i społecznej, i to do pracy tak w mieście, jak i na wsi, która potrzebuje specjalnie dobrze wyszkolonych pielęgniarek. I dlatego uważam, że obecny program szkolenia wymaga przebudowy może i zasadniczego charakteru. I na tle potrzeb, stawianych szkoleniu pielęgniarek, dwu i półletni okres szkolenia nie wydaje się za długi, jeśli wziąć pod uwagę konieczność teoretycznego i praktycznego wyszkolenia.

Przebudową programu szkolenia zawodowego powinni zająć się fachowcy z pośród samych pielęgniarek, jak i instytucyj, przez pielęgniarki obsługiwanych.

* * *

Pielęgniarki pozaszkolne, obecnie trudniące się zawodowo pielęgniarstwem, powinny uzyskać prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej po spełnieniu pewnych warunków. Nie są one winne temu, że zatrudniano je legalnie na podstawie np. świadectwa 3 miesięcznego kursu Czerwonego Krzyża t. zw. sióstr pogotowia wojennego. Jednak z drugiej strony musi się bronić chorego przed oddaniem go w opiekę tak wyszkolonej pie-

---

[1]) W niektórych szkołach uczennice zapoznają się z chorobami kobiecymi na oddziałach ginekologicznych, w innych tylko w poszczególnych przypadkach na oddziałach chirurgicznych, chorób wewnętrznych i położniczych (będących, wraz z oddziałem pediatrycznym, podstawowymi i niezbędnymi terenami praktyki; we wszystkich szkołach choroby kobiece są przedmiotem wykładowym. (Przyp. Red.).

lęgniarce. I dlatego należałoby zmienić niektóre postanowienia ustawy. Więc należałoby nie tylko utrzymać obowiązek przesłuchania kursu przeszkoleniowego dla niektórych pielęgniarek, ale obowiązek ten rozciągnąć na wszystkie te pielęgniarki, które poddać się mają egzaminowi przed komisją państwową.

Przeszkolenie na kursie, dobrze w Rozporządzeniu Ministra Opieki Sp. pomyślanym, oraz egzamin dały już dodatnie wyniki tam, gdzie były przeprowadzone. Podniosły one znacznie moralny i fachowy poziom. Należałoby jednak przyznać prawo składania egzaminu państwowego wszystkim tym pielęgniarkom, które do dnia 17 kwietnia 1937 r. mogłyby wykazać się półtoraroczną pracą w szpitalach, przychodniach, ośrodkach lub tym podobnych instytucjach zdrowia publicznego. Natomiast należałoby utrzymać w całej rozciągłości i surowości rygory ustawowe w stosunku do osób, trudniących się pielęgniarstwem prywatnym, więc wykonujących czynności pielęgniarskie przy chorych w ich mieszkaniach. Tę dziedzinę należałoby gruntownie uporządkować.

Te zmiany ustawy osłabiłyby znacznie kryzys, jaki przeżywają obecnie zakłady lecznicze i instytucje zdrowia publicznego, nieosłabiony roporządzeniem Ministra Opieki Społ. z dnia 17 września 1937 r. o czasowym prawie wykonywania praktyki pielęgniarskiej. Byłyby one też życiowo słuszne, gdyż nie pozbawiałyby nagle możności zarobkowania osób, które legalnie wykonywały pielęgniarstwo, uważając je za swój zawód. Przejściowy okres nie przebiegałby tak ostro, jak obecnie. Analogia z felczerami narzuca się sama przez się. W tym okresie przejściowym musi się dążyć, by życiowo interesy dużej stosunkowo grupy ludzi można było pogodzić z interesem chorego człowieka, który z zaufaniem oddaje swe zdrowie i życie instytucjom, do leczenia czy zapobiegania powołanym.

Dr Jerzy Bujalski (Łódź)

Z Ośrodka Zdrowia w Swarzędzu

Praca pielęgniarska oraz praktyka słuchaczek Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu

Szkoła Pielęgniarstwa P. C. K. w Poznaniu szkoli swoje słuchaczki w pracy społecznej na terenie małomiejskiego Ośrodka Zdrowia w Swarzędzu pod Poznaniem. Ma to te dodatnie strony, że uczennice praktycznie poznają nie tylko pracę w mieście ale i na wsi, bo w warunkach bardzo zbliżonych do wiejskich, w których niejedna z higienistek po skończeniu Szkoły będzie pracować.

Ośrodek Zdrowia posiada gmach specjalnie wybudowany według planu Ministerstwa Opieki Społecznej. Mieści poradnię dla matki i dziecka, poradnię przeciwjagliczą, przeciwweneryczną i przeciwgruźliczą. Poczekalnie są dwie: jedna dla przyjęć niemowląt, druga dla innych poradni, tak, że dzieci nie stykają się w Ośrodku z chorymi na gruźlicę, jaglicę i choroby weneryczne. Poza tym jest pokój rejestracyjny, dwa gabinety lekarskie i jeden gabinet dentystyczno-lekarski, kompletnie wyposażony. W suterynach mieści się kuchnia mleczna z osobną zmywalnią naczyń, i sterylizatorem do mleka na 243 butelki. Oprócz tego — laboratorium do badań pod-

ręcznych, pomieszczenie dla pracowni rentgenowskiej z ciemnią do wywoływania zdjęć, kabiny do zabiegów z dwoma lampami kwarcowymi: Bacha i Jesionka, łukami do kąpieli żarówkowych, pantostatem; ponadto — luksusowo wykonane kąpielisko, składające się z 5 wanien i 4 natrysków.

Umeblowanie i urządzenie otrzymano w stanie używanym z Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu. Sprzęt doprowadzono do stanu używalności i odnowiono we własnym zakresie, tak samo narzędzia i przyrządy lekarskie.

Ośrodkiem zarządza Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu.

Budżet Ośrodka na rok 1937:

1)	Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu . . .	9.500 zł.
2)	Wydział Powiatowy	4.200 „
3)	Urząd Wojewódzki	1.500 „
4)	Towarzystwo Przeciwgruźlicze	500 „
5)	Zarząd Swarzędza	400 „
6)	Gmina Swarzędza na cele Ośrodka . . .	300 „
7)	Gmina Swarzędza na nadzór szkolny . . .	300 „
	Razem	**16.700 zł.**

Rejon działalności Ośrodka obejmuje miasteczko Swarzędz, liczące około 7 tysięcy mieszkańców, położone o 10 km. od Poznania, i okolicę, sięgającą na zachód prawie do samego Poznania, zamieszkałą przez ludność robotniczą (huta szkła o przeszło 800 robotnikach, duże cegielnie, odlewnie itd.); na wschód — obszary rolnicze, w tym kilka wsi, zamieszkałych przez drobnych rolników, oraz kilka dużych majątków ziemskich. Razem — ludności przeszło 15 tysięcy, 5 szkół powszechnych obejmujących około 1600 dzieci. Duży nacisk kładzie się na kontakt z okolicznymi wsiami, pozbawionymi opieki higieniczno-lekarskiej, dogodna komunikacja autobusowa ułatwia ten kontakt. Ludność jest przeważnie bardzo biedna, pozostająca w złych warunkach życiowych i sanitarnych. Dużo jest bezrobotnych i dużo bardzo mało zarabiających — (około 12 zł. tygodniowo na rodzinę).

Personel Ośrodka składa się z 2 lekarzy, 1 lekarki-dentystki, 1 higienistki-instruktorki stałej, opłacanej przez Ośrodek, 1 higienistki-instruktorki Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Poznaniu. Codziennie dojeżdżają do Ośrodka 4 słuchaczki ostatniego roku, które kolejno przechodzą praktykę we wszystkich poradniach Ośrodka. Personel pomocniczy składa się z pomocnicy w kuchni mlecznej i jednocześnie w kąpielisku, pomocnicy dentystycznej i palacza centralnego ogrzewania, zarazem woźnego.

W okolicy nigdy nie było żadnych poradni, tak, że pracę Ośrodka trzeba było rozpocząć od podstaw.

Pierwsza została uruchomiona p o r a d n i a d l a m a t k i i d z i e c k a dnia 1 lipca 1936 r. Rozpoczęto pracę wywiadami propagandowymi, posługując się spisem dzieci, dostarczonym przez Urząd Stanu Cywilnego, który nadal co miesiąc dostarcza spisów nowourodzonych. W ciągu roku Poradnia rozwinęła się znakomicie i obecnie obejmuje swą opieką około 400 dzieci w promieniu do 10 kilometrów. Poradnia czynna jest 2 razy w tygodniu oficjalnie po 2 godziny, lecz zazwyczaj przyjęcia trwają dłużej z powodu dużej frekwencji, która dochodzi do 35 matek z dziećmi na dzień.

Łącznie z tą poradnią funkcjonuje od 15 września 1936 r. kuchnia mleczna. Od tego czasu wydano przeszło 10.000 litrów mleka w postaci mieszanek. Obecnie wydaje się dziennie około 40 litrów mleka w przeszło 200 porcjach. Mleko wydaje się przeważnie bezpłatnie; zaledwie kilka matek, na 65 korzystających z kuchni, pokrywa część kosztów. Z kuchni mlecznej korzystało dotąd 166 niemowląt. Prócz tego Ośrodek wydaje bezpłatnie tran i surową marchew.

Dzieci krzywicze naświetla się lampami kwarcowymi. Stale są urządzane pogadanki z zakresu odżywiania i pielęgnowania niemowląt. W zimie urządza się kurs młodych matek z ćwiczeniami praktycznymi dla absolwentek szkół powszechnych.

Ośrodek Zdrowia roztacza opiekę higieniczno-lekarską nad przedszkolem Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet. Dzieci z przedszkola są ką-



Półkolonie letnie

pane, ważone, mierzone i badane w Ośrodku. Przeprowadza się okresowe oględziny dzieci przez higienistki i słuchaczki, ponadto bada się stan higieniczny otoczenia. Dzieciom wydaje się w zimie tran.

Praca Ośrodka w higienie szkolnej idzie w następujących kierunkach:

a) Badanie dzieci szkolnych w Ośrodku. Zbadano 885 dzieci, u słabszych wykonano 423 prób Pirqueta w 46% dodatnich.

b) Bezpłatne kąpiele. Wykąpano 704 dzieci, które przychodzą klasami pod nadzorem nauczycieli. Dzieci uważają kąpiel za prawdziwe święto.

c) Organizacja dożywiania w szkołach i rozdawnictwo tranu.

d) Organizacja półkolonii letnich. W r. 1936 po raz pierwszy w Swarzędzu urządzono półkolonie letnie dla 102 szkolnych dzieci kosztem zł. 1.100 z czego 600 zł. otrzymano z Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu. W roku bieżącym w półkoloniach znalazło się 180 dzieci szkolnych i 76 przedszkolnych. Koszt wyniósł przeszło 3.000 zł.

e) Badanie czystości i przegląd stanu skóry, włosów i oczu. Przeglądów tych dokonuje okresowo w szkołach higienistka Ośrodka. Chore dzieci

kieruje do lekarza, a w razie stwierdzenia brudu u dziecka lub wszy, udaje się do rodzin z pouczeniem o koniecznych zabiegach higienicznych. W ostatnim kwartale przed wakacjami stwierdzono wszawicę u 31 dzieci, jaglicę u 1, świerzb u 2.

We wszystkich wyżej wymienionych pracach czynny udział biorą słuchaczki Szkoły. Można powiedzieć, że gdyby nie one, to byłoby fizyczną niemożliwością wykonać przy pomocy jednej, czy dwu higienistek tak dużą ilość badań, przeglądów, wywiadów itd. W samej poradni dziecięcej dokonano około 2 tysięcy odwiedzin domowych w ciągu 14 miesięcy.

P o r a d n i a p r z e c i w g r u ź l i c z a została uruchomiona względnie późno, gdyż dopiero w marcu 1937 r. Praca w niej nie idzie jeszcze należytym trybem, gdyż z powodu braku prądu elektrycznego Ośrodek dotąd nie posiada aparatu Rentgena. Chorych zarejestrowanych jest 42 — wszystko wypadki gruźlicy czynnej.



Wystawa przeciwalkoholowa

P o r a d n i a p r z e c i w j a g l i c z a obejmuje leczenie wszystkich chorych zamieszkałych w rejonie Ośrodka. Jest ich tylko 29.

W p o r a d n i p r z e c i w w e n e r y c z n e j zarejestrowanych jest 42 chorych, wszyscy w leczeniu. Przeważnie kiła, rzeżączki 14 przypadków. Chorych wenerycznie ze względu na bliskość dużego miasta jest bardzo dużo, tak że poradnia stale się rozwija. Przyjęcia, jak we wszystkich poradniach, odbywają się 2 razy tygodniowo. Poradnia nie ma oficjalnie wyznaczonych godzin przyjęć, informuje się o nich chorych indywidualnie. Czekają we wspólnej poczekalni razem z chorymi na jaglicę, przez co nie krępuje ich przychodzenie do poradni przeciwwenerycznej.

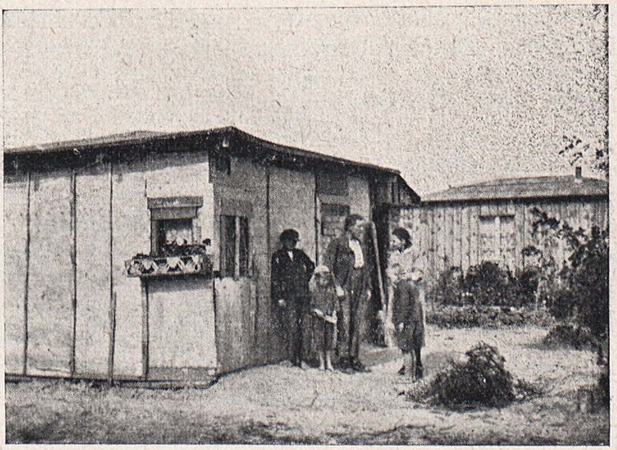
Higienistki i słuchaczki pracują we wszystkich poradniach, prowadząc rejestrację, przygotowanie do przyjęć lekarskich i wykonując samodzielnie większość zabiegów. Ośrodek posiada laboratorium, w którym wykonuje się wszystkie badania podręczne: badania mikroskopowe preparatów z wydzielin krwi, moczu, plwociny, badania krwi na opad, zawartość hemoglobiny i innych składników.

Kąpielisko Ośrodka czynne jest 2 dni w tygodniu w okresie zimowym. W lecie ludność ma możność kąpieli w pobliskim jeziorze.

Prócz wymienionych, czynna jest pod nadzorem władz wojskowych poradnia sportowo-lekarska, obejmująca swą opieką młodzież organizacji Przysposobienia Wojskowego i Wychowania Fizycznego oraz zrzeszoną w klubach sportowych.

Gabinet lekarsko-dentystyczny, cieszący się wielką frekwencją, przeprowadza leczenie zębów; jeden dzień w tygodniu poświęcono na profilaktykę szkolną i badanie stanu uzębienia dziatwy szkolnej; po czym szkoła wywiera nacisk na rodziców w kierunku konieczności leczenia chorych zębów, a Ośrodek ułatwia leczenie.

W r. 1936 w grudniu urządzono choinkę dla dzieci rodzin zarejestrowanych w Ośrodku. Obdarowano dzieci 69-ciu najbiedniejszych rodzin. Niemowlęta dostały pieluszki, bieliznę, kaszkę i cukier. Starsze dzieci — bieliznę, jabłka, orzechy, pierniki, proszek i szczoteczki do zębów. Prócz tego



Podczas odwiedzin domowych

rozdzielono wśród matek znaczne zapasy bielizny, obuwia i ubrań zebranych przez słuchaczki Szkoły Pielęgniarstwa.

W maju 1937 r. urządzono wystawę przeciwalkoholową, którą zwiedziły wszystkie szkoły i duża liczba dorosłych. W czasie wystawy wygłoszono 21 pogadanek o szkodliwości alkoholu.

Słuchaczki w Ośrodku pracują pod nadzorem instruktorki szkolnej na zasadach jak największej samodzielności. Słuchaczki przeprowadzają wywiady w rodzinach, początkowo pod ścisłym nadzorem instruktorki, w których nie ograniczają się do zebrania odpowiedzi na pytania zawarte w karcie wywiadu społecznego. Zadaniem ich jest nauczyć się bezpośredniego obcowania z ludźmi, zyskania zaufania członków rodziny i pouczanie ich na żywym przykładzie o zasadach higieny życia codziennego i o tym, że przy odrobinie dobrych chęci można polepszyć i uczynić znośnymi warunki życia, w których dana rodzina mieszka. Jest to praca niełatwa, wymaga-

jąca czasu i wielkiego taktu oraz delikatności, a umiejętność bezpośredniego wpływu i zyskanie zaufania otoczenia, bez zbytniego spoufalenia i narażenia własnej godności, jest koniecznym warunkiem powodzenia życiowego przyszłej higienistki, warunkiem zadowolenia moralnego z obranego zawodu i wyników pracy bardzo często niedocenianej.

Kształcenie słuchaczek w samym Ośrodku, jak wynika z opisu prac, jest wszechstronne. Spotykają się one na terenie Ośrodka ze wszystkimi zagadnieniami, czekającymi je w niedalekiej przyszłości pracy samodzielnej. Ponieważ Ośrodek jest niewielki i personel nieduży, nie ma zbytniego rozdrobnienia pracy i słuchaczki mają dostęp do wszystkiego i wszystko muszą samodzielnie wykonać. Prowadzą pracę administracyjną, rejestrację, sprawozdania. Asystują przy wszystkich zabiegach, wykonywanych ambulatoryjnie i same zabiegi wykonują; samodzielnie pracują w laboratorium.

Praktyka w Ośrodku, chociaż krótka, z pewnością odniesie dodatnie skutki[1]). Wyrabia ona samodzielność, daje pojęcie o przyszłej pracy pielęgniarskiej, uczy organizacji pracy w Ośrodku i terenie.

W Ośrodku panuje miła atmosfera wzajemnego zaufania personelu, a rodziny należące do Ośrodka, odnoszą się do niego przychylnie.

Halina Skwarcówna,
Abs. Uniw. Szkoły Piel. w Krakowie
Instr. Szkoły Piel. P. C. K. w Poznaniu

Zabiegi pielęgniarskie

(Ciąg dalszy)

XLIII. Łóżko pooperacyjne

Cel

1) Wygrzanie łóżka (wobec możliwości szoku pooperacyjnego, zziębnięcia wskutek utraty płynów, niebezpieczeństwa zapalenia płuc),

2) ułatwienie prędkiego ułożenia chorego,

3) przygotowanie wszystkiego, co może być potrzebne, ponieważ od chorego nie wolno odchodzić, aż do jego całkowitego oprzytomnienia.

Przybory

1 koszula rozcinana z tyłu,
1 szlafrok flanelowy,
2 ręczniki,
3 worki (blaszanki, flaszki) z pokryciem,
ceratka lub poszewka ceratowa na poduszkę,
2 miseczki nerkowate,
kubek z wodą,
pens,
gaziki.

Postępowanie

1. Nastawić wodę do worków.
2. Zdjąć z łóżka poduszki i kapę, sfaldować koc aż do nóg łóżka.

---

[1]) Uczennice praktykują w Ośrodku po 2 miesiące, prócz tego odbywają miesięczną praktykę w przychodni przeciwgruźliczej i dwutygodniową w higienie szkolnej w Poznaniu.

3. Położyć jedną poduszkę, nakryć ją poszewką ceratową lub ceratą, oraz ręcznikiem.

5. Włożyć rękawy koszuli do rękawów szlafroka tak, aby zapięcie wypadło na plecach chorego. Napełnić worki (blaszanki) gorącą wodą, włożyć do pokrowców, rozłożyć wzdłuż łóżka w odstępach. Ułożyć na nich przygotowany szlafrok z koszulą i wszystko nakryć kocem.

6. Postawić na stoliku kubek z wodą, miseczki nerkowate, położyć pens i gaziki.

7. Odstawić krzesło i stolik z tej strony, z której przywiozą chorego.

8. Jeżeli operacja trwa długo, czuwać nad tym, aby woda w workach nie była zimna — ewentualnie napełnić ponownie.

9. Gdy chorego przywożą, szybko sfałdować przykrycie do nóg łóżka, położyć koszulę i szlafrok, oraz worki na krzesło.

10. Pomóc przenieść chorego na łóżko.

11. Nakryć chorego, pod nakryciem zdjąć koszulę, a włożyć wygrzaną koszulę ze szlafrokiem. Przechylić głowę na bok, osłonić koc koło twarzy przygotowanym zapasowym ręcznikiem dla ochrony w razie, gdyby chory wymiotował.

12. Przysunąć na miejsce stolik i krzesło.

13. W razie wymiotów, pielęgniarka podstawia miskę nerkowatą, podtrzymuje głowę chorego, wyciera usta gazikiem, ewentualnie wymywa wewnątrz jamę ustną zwilżonym gazikiem na pensie. Każdego gazika używamy tylko raz jeden, po czym odrzucamy go na miskę nerkowatą.

U w a g a : Na wyrzucane gaziki można też przygotować torebkę papierową, którą za pomocą przylepca zawieszamy u brzegu stolika, a po napełnieniu, palimy wraz z zawartością. Do wycierania ust zamiast gazików można też użyć kawałków ligniny.

Chory pooperacyjny musi podlegać bacznej obserwacji. Pielęgniarka liczy mu co 10 minut tętno i obserwuje wygląd ogólny, oddech oraz opatrunek. W razie zauważenia niepokojących objawów (słabnięcie tętna, sinica i t. d.) wzywa lekarza, lub wykonuje ewentualnie zlecony zabieg (zastrzyk i t. d.).

XLIV. Pomoc przy płukaniu i sondowaniu żołądka

Sondowanie żołądka

jest to wydobywanie zawartości żołądka dla usunięcia drażniących substancji lub otrzymania materiału do zbadania w celach diagnostycznych.

P r z y b o r y

Sonda gumowa, długości około 100 cm. o przekroju 1 cm. w czystej miednicy lub na czystej serwetce,

miseczka z oliwą stołową lub wodą,

naczynie miareczkowane na treść żołądkową, (o ile sonduje się w celach diagnostycznych, potrzebne dwa naczynia),

cerata lub fartuch ceratowy dla osłonięcia chorego,

ręcznik,

papierek lakmusowy,

o ile chory jest nieprzytomny — rozwieracz i kulociąg do języka,

miseczka nerkowata,

kawałki ligniny lub gazy do wytarcia ust,

nalepka z napisanym atramentem imieniem, nazwiskiem oraz numerem sali chorego.

Na sondzie znaczymy dwie kreski, odmierzając odległość od końca sondy: pierwsza kreska w odległości odpowiadającej długości jamy ustnej wraz z przełykiem (od łuku

zębowego do wpustu żołądka). Druga kreska w odległości odpowiadającej długości żołądka (od wpustu do odźwiernika). Przyjęte są następujące wymiary:

Długość przełyku:

U noworodka . . . . . 17 cm.
U dziecka 2 letniego . . 24 „
U dziecka 5 letniego . . 26 „
U dziecka 12 letniego . . 28 „
U dziecka 15 letniego . . 33 „
U dorosłego . . . . . . 40 „

Długość żołądka:

U niemowląt . . . . 5 cm.
U dzieci . . . . . . 12—15 „
U dorosłych . . . . . . 25—30 „

Droga sondy od wpustu do odźwier.:

U niemowląt . . . . 4 cm.
U dzieci . . . . . . 12—15 „
U dorosłych . . . . 15—18 „

Postępowanie

Zabiegu dokonuje lekarz.

Pielęgniarka osłania chorego, siedzącego na krześle, lub leżącego w łóżku, ceratą i ręcznikiem (ewentualnie wyjmuje choremu sztuczne zęby). Zanurza koniec sondy w oliwie (wodzie), poleca choremu otworzyć usta, wyciągnąć język i podczas trwania zabiegu głęboko oddychać przez nos.

Sondę zakłada się po języku po prawej jego stronie, poleca się choremu przełknąć sondę i lekko pochylić głowę ku przodowi, następnie wkłada się sondę szybko i równomiernie aż do pierwszej, następnie nie dalej, niż do drugiej kreski. Pielęgniarka trzyma naczynie na wysokości żołądka chorego, oraz wkłada doń koniec sondy, uważając, aby nie dotknąć dna. (O ile chodzi o szybsze wykonanie zabiegu, lub u chorych nieprzytomnych, można użyć strzykawki 100 cm., którą włącza się do drenu i wypompowuje treść żołądka). Sondę zaciska się i wyciąga szybko tak, aby treść z sondy nie dostała się do tchawicy.

Po ukończeniu zabiegu obetrzeć choremu usta, dać wody do wypłukania ust, zdjąć mu ceratę i ręcznik. Na naczynie z treścią nalepić kartkę i odnieść je do laboratorium, (można przedtem zbadać odczyn za pomocą papierka lakmusowego). Sondę wypłukać, wygotować i powiesić do suszenia, przechowywać najlepiej w naczyniu szklanym. Wszystko uporządkować.

Uwagi: O ile sondowanie żołądka następuje po próbnym posiłku, przygotowujemy dwa naczynia, jedno na treść żołądka wydobytą przed, a drugą — po posiłku, oraz dwie kartki, na których oznaczamy to dokładnie. Najczęściej jako posiłek podajemy próbne śniadanie Ewalda, składające się ze szklanki gorzkiej herbaty, jednej bułki z dnia poprzedniego, które chory spożywa w ciągu 5—7 minut, dobrze gryząc. Sondować można w 30 minut po ukończeniu śniadania.

Nigdy nie wprowadza się sondy do żołądka po otruciach substancjami żrącymi, oraz przy wrzodzie żołądka.

Płukanie żołądka

stosowane bywa po otruciach, dla przerwania wymiotów po niektórych operacjach, przed niektórymi operacjami żołądka.

Przybory

jak do sondowania oraz:
duży szklany lejek, połączony z drenem i szklaną rurką do włączenia w sondę,
wiadro,
2—3 dzbanki z wodą o temperaturze 35—37° C. lub specjalny roztwór do płukania (np. mieszanka palonej magnezji),
2 naczynia na treść żołądka przed i po płukaniu.

Postępowanie

Lekarz zakłada sondę. Pielęgniarka nalewa wody do lejka, wypuszcza powietrze, zaciska dren i włącza go do sondy. Trzyma lejek na wysokości głowy chorego podczas wlewania wody do żołądka (nigdy na raz nie wprowadza się do żołądka więcej, niż litr), uważając, aby powietrze nie dostało się do żołądka, t. j. aby się lejek zupełnie nie opróżnił. Celem wyprowadzenia zawartości żołądka, należy opuścić lejek poniżej żołądka, następnie pochylić lejek nad wiadrem tak, aby woda przelewała się przez brzeg.

Po ukończeniu zabiegu umyć i wygotować lejek i dren, reszta — jak po ukończeniu sondowania.

XLV. Karmienie sondą

Niebezpieczeństwa

wprowadzenie sondy do tchawicy,
wpuszczenie pokarmu do tchawicy,
wpuszczenie powietrza do żołądka.

Zabieg ten może więc wykonać tylko bardzo wprawna pielęgniarka, zachowując wszelkie ostrożności.

Przybory

sonda długości 1 m. o przekroju najwyżej ½ cm.,
lejek, jak do płukania,
ręcznik i ceratka,
oliwa lub woda w szklaneczce,
na osobnej tacce przykrytej serwetką naczynie z pokarmem płynnym, podgrzanym do temperatury 35—37° C. Skład pokarmu — według zlecenia — zawiera zwykle jaja, mleko, cukier i sól; ilość — nie więcej, jak dwie szklanki.

Postępowanie

Przez jamę ustną

Pozycja chorego — na wznak lub półsiedząca. Zanurzamy koniec sondy w oliwie, polecamy choremu otworzyć usta i wyciągnąć język i podczas karmienia głęboko oddychać przez nos. Wprowadzamy sondę po języku, kierując ją ku prawej stronie do przełyku, polecając choremu przełknąć sondę. Gdy sonda jest w żołądku, włączamy lejek, jak przy płukaniu żołądka, napełniamy lejek płynem i wolno wpuszczamy płyn, regulując szybkość prądu za pomocą uciskania drenu i trzymając lejek pochyło na wysokości głowy chorego, uważając, aby nie wpuścić powietrza. Pod koniec karmienia, nie opróżniając zupełnie lejka, zaciskamy sondę i wolno ją wyciągamy. Karmienie powinno trwać około 10 minut.

Uwaga: Estetyczne podanie pokarmu (taca nakryta) jest ważne ze względu na to, że widok pokarmu pobudza soki trawienne chorego.

Przez nos

Niemowlę (podobnie jak chorego nieprzytomnego, umysłowo chorego i t. d.) najwygodniej karmić przez nos. Używa się sondy bardzo cienkiej, jak kateter. Niemowlę układamy na wznak. Wprowadzamy sondę do przełyku przez prawe nozdrze, zaglądamy do ust, czy sonda nie zwinęła się, przed wlaniem pokarmu obserwujemy, czy dziecko równo oddycha i czy przez sondę nie wydobywa się furczenie, świadczące, że sonda jest w tchawicy. Dalej postępujemy, jak wyżej. Po ukończeniu karmienia, dziecko unosimy nieco do góry (jak po każdym karmieniu), aby powietrze wyszło z żołądka.

XLVI. Pomoc przy punkcjach

Punkcja jest to wydobywanie płynu z jamy ciała lub płynu międzytkankowego przez nakłucie za pomocą odpowiednich instrumentów.

Zasady ogólne

1. Zależnie od stanu chorego i stopnia jego przytomności, lekarzowi, wykonującemu punkcję, pomaga jedna lub dwie pielęgniarki, z których jedna w razie potrzeby trzyma chorego.
2. Podczas trwania zabiegu pielęgniarka czuwa nad spokojem chorego, ponieważ nieprzewidziany jego ruch może wywołać skierowanie igły w złą stronę, co grozi ciężkimi następstwami, (np. przebiciem jelita).
3. Zachowanie aseptyki.
4. Należy wszystkie przybory mieć poręcznie przygotowane na stoliku chorego lub na wózku opatrunkowym, jałowe — na jałowej serwetce.
5. Podczas zabiegu obserwować wygląd i tętno chorego.
6. Mieć wszystko przygotowane do zastrzyku środka nasercowego na zlecenie (obacz zabieg XXII).
7. Chorego odkrywać tylko tyle, ile tego wymaga zabieg, łóżko otoczyć parawanem.

Punkcja opłucnej

wykonywana jest w celach leczniczych lub diagnostycznych podczas zapaleń i ropnia opłucnej.

Przybory

Wyjałowione:
serwetka,
strzykawka 10—20 centymetrowa,
rękawiczki gumowe,
dwie długie grubsze igły z mandrynami,
2 probówki w słoiku lub na statywie,
gaziki i waciki,
korcang do podawania,
prócz tego:
dwa pasemka przylepca skrzyżowane, do przylepienia gazika,
jodyna, alkohol,
chloretyl,
miseczka nerkowata,
nalepka z imieniem, nazwiskiem i numerem sali chorego,
taca do zastrzyku i środek nasercowy.

Postępowanie

Pozycja chorego. Chory siedzi z rękoma skrzyżowanymi na piersiach, lekko pochylony ku przodowi, po wbiciu igły pochyla się na stronę, po której dokonuje się punkcja, a głowę lekko pochyla ku przodowi.

Pole zabiegu po stronie grzbietowej klatki piersiowej dokładnie wskazane przez lekarza, pielęgniarka dezynfekuje alkoholem i jodyną, następnie zamraża skórę chloretylem, puszczając prąd z kolbki najpierw, dla unormowania kierunku, na własną rękę, następnie na wskazane przez lekarza miejsce na przestrzeni mniej więcej dziesięciogroszówki z odległości 50 cm., dopóty, dopóki skóra nie zbieleje.

Następnie podaje lekarzowi rękawiczki gumowe oraz strzykawkę, którą lekarz sam montuje, igłę.

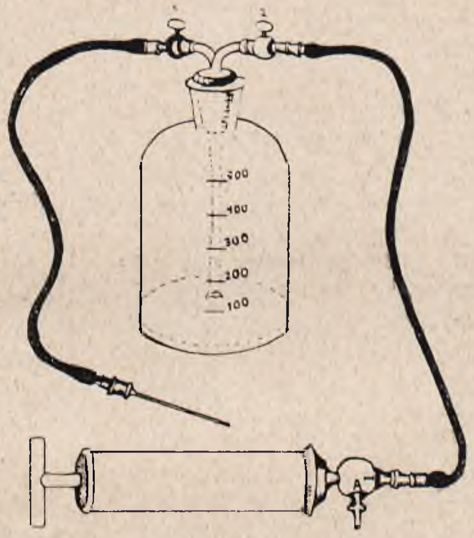
Podczas zabiegu pielęgniarka przytrzymuje i uspokaja chorego, podstawia probówki lub cylinder na płyn wydobyty. Po skończonym zabiegu pielęgniarka jodynuje miejsce ukłucia i nakłada nań jałowy uciskowy opatrunek: gazik przylepiony przylepcem. Układa chorego w łóżku. Płyn w probówce jałowej oznaczonej nalepką odnosi do laboratorium.

Uwaga: O ile po punkcji ma się odbyć płukanie, należy przygotować drugą strzykawkę 10—20 centymetrową, oraz podgrzany do 37 C płyn (rivanol, optochina, płyn Ringera i t. d.)

Aparat Potain'a

O ile wykonuje się punkcję za pomocą aparatu Potain'a, należy przygotować oprócz aparatu wszystko jak wyżej.

Aparat Potain'a powinien być wysterylizowany na sucho, można go też wygotować po odłączeniu drenów i korka, które gotować osobno przez 3 minuty, następnie zmontować aparat, nie infekując go.



Aparat Potain'a

Lekarz wbija igłę połączoną ze strzykawką; dopiero przekonawszy się, że płyn wpływa do strzykawki, rozłącza ją z igłą i włącza igłę do aparatu. Do pielęgniarki należy manipulacja przy aparacie. Kurek 1 i kurek 2 są zamknięte w chwili włączania aparatu do igły. Otworzyć kurek 2 i wypompować powietrze z flaszki, w której powstaje ciśnienie ujemne. Zamknąć kurek 2. Otworzyć kurek 1, flaszka wypełnia się płynem. Gdy płyn przestaje iść, zamknąć kurek 1. Otworzyć kurek 2, wypompować powietrze i zamknąć kurek 2. Otworzyć kurek 1. Dalsza manipulacja j. w.

Jeżeli zbiornik się wypełnia, a płyn nie przestaje jeszcze iść, zamknąć kurek 2, odłączyć dren, idący do pompki, uważając, aby nie zainfekować części, którą się nakłada na kurek w korku. Zamknąć 1, korek wyjąć z flaszki, zapamiętać, ile płynu wypompowano (flaszka ma podziałkę, bierzemy pod uwagę powierzchnię samego płynu pod pianą, jaka się nad nim tworzy), wylać zawartość flaszki, włączyć korek, — zabieg prowadzony jest dalej, jak poprzednio.

Punkcja brzuszna

wykonywana w celach leczniczych lub diagnostycznych przy wysiękach, przesiękach i ropniach.

Przybory

Wyjałowione:
strzykawka 20 centymetrowa,
gruba igła,
probówki w słoju lub na statywie, cylinder,
gaziki, waciki,
rękawiczki gumowe,
serwetka,
pinceta lub korcang do podawania,
prócz tego:
alkohol, jodyna,
chloretyl,
przygotowany j. w. przylepiec,
miseczka nerkowata,
nalepka jak wyżej,
większy cylinder do zlewania płynu,
taca do zastrzyku i środek nasercowy.

W razie punkcji większej ilości płynu (nieraz paru litrów):
Wyjałowione:
zamiast strzykawki trokar połączony z drenem,
dodatkowe 2—3 serwetki (kompresy),
zapinki do kompresów,
kocher,
prócz tego:
benzyna,
warstwa cienka waty o powierzchni brzucha,
opaska na brzuch,
cerata z podkładem,
wiadro.

Postępowanie

Pozycja chorego półleżąca na wznak. Miejsce naklucia w połowie prostej, przeprowadzonej między kolcem przednim biodrowym, a pępkiem, albo w połowie prostej między tym kolcem, a spojeniem łonowym. Pomoc pielęgniarki, o ile punkcja odbywa się za pomocą strzykawki, polega na tym samym, co podczas punkcji opłucnej.

O ile odbywa się punkcja znacznej ilości płynu, postępować następująco:

Osłonić łóżko po stronie zabiegu dodatkowym podkładem i ceratą. Odsłonić brzuch chorego. Podawać lekarzowi kolejno: rękawiczki, pincetę, waciki (polać je kolejno benzyną, alkoholem, jodyną, lekarz sam dezynfekuje skórę na przestrzeni całego brzucha), następnie serwetki, którymi lekarz otacza brzuch chorego, zapinki do przytrzymywania kompresów, trokar z drenem. Po nakłuciu lekarz kieruje płyn do badania do probówki, podstawionej przez pielęgniarkę, następnie do cylindra. Gdy ten ostatni się wypełni, pielęgniarka podaje kocher; lekarz zaciska dren, pielęgniarka zlewa płyn do wiadra i znowu nadstawia cylinder. Zabieg odbywa się dalej. Po ukończeniu zabiegu, podłożywszy cienką warstwę waty, pielęgniarka bandażuje brzuch.

Punkcja lumbalna

wykonywana w celach leczniczych dla zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, w kanale rdzeniowym oraz w celach diagnostycznych przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, kile, wodogłowiu.

Przybory

wyjałowione:
dwie igły specjalne z mandrynami,
dwie probówki,
gaziki,
waciki,
pałeczki do jodyny,
pinceta w płynie antyseptycznym,
dwie pincety,
kompresy (serwetki),
zapinki,
dren do manometru,
rękawiczki gumowe,
prócz tego:
alkohol, jodyna,
chloretyl,
manometr,
miseczka nerkowata,
nalepka.

Postępowanie

Pozycja chorego. Chory siedzi zwrócony plecami do lekarza z silnie pochylonym zgiętym kręgosłupem, z rękami skrzyżowanymi i przyciągniętymi do klatki piersiowej, albo leży na prawym boku, z kolanami przyciągniętymi do brzucha, brodą do klatki piersiowej, z kręgosłupem silnie wygiętym; w obu pozycjach pielęgniarka poleca choremu podczas zabiegu wciągnąć brzuch, jeżeli chory nieprzytomny, należy mu brzuch przycisnąć.

Pielęgniarka podaje lekarzowi rękawiczki, pincetę, waciki, kompresy i zapinki, jak przy punkcji brzusznej, oraz znieczula miejsce ukłucia (między 3 i 4 kręgiem lędźwiowym u dzieci, między 4 i 5 kręgiem lędźwiowym u dorosłych).

Podaje lekarzowi igłę. Po nakłuciu, kiedy pojawią się pierwsze krople, pielęgniarka podaje lekarzowi dren do manometru, którego jeden koniec lekarz łączy z igłą, a drugi pielęgniarka włącza do manometru. Po zmierzeniu ciśnienia, lekarz odłącza manometr, kładąc koniec drenu na kompresie sterylizowanym. Pod koniec zabiegu lekarz mierzy ciśnienie końcowe.

Po ukończeniu zabiegu pielęgniarka kładzie opatrunek, układa chorego, który powinien leżeć na wznak 24 godzin; odnosi płyn do laboratorium, wygotowuje strzykawkę, dren do manometru i t. d. i wszystko doprowadza do porządku.

Punkcja żylna

stosowana w celu pobrania krwi do badania oraz w celach leczniczych dla upustu krwi w wypadkach nadciśnienia, zatruć.

Przybory

jak do zastrzyku dożylnego (ob. zabieg XXII) oraz probówka wyjałowiona, jeżeli ma być spuszczone większa ilość krwi - cylinder.

Postępowanie

Lekarz najczęściej robi punkcję żyły łokciowej. Pielęgniarka postępuje, jak przy zastrzyku dożylnym z tą różnicą, że nie puszcza opaski Esmarcha, gdy krew ukaże się w strzykawce, lecz zaciska ramię do chwili, gdy wypuszczono dostateczną ilość krwi. Podaje probówkę.

Po ukończeniu zabiegu zaraz rozkłada i myje strzykawkę zimną wodą, przestrzykuje igłę, odnosi probówkę do laboratorium.

Uwaga: Jeżeli lekarz nie używa strzykawki, tylko samej igły, pielęgniarka jedną ręką trzyma opaskę, drugą podstawia cylinder pod prąd krwi, uważając, jeżeli cylinder nie jest wyjałowiony, aby nasada igły nie dotknęła jego brzegu.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Z zagadnień dietetycznych

Leczenie dietą niedokrwistości złośliwej [1])

Rozróżniamy niedokrwistość t. zw. wtórną od złośliwej. Przy niedokrwistości wtórnej opieramy leczenie dietetyczne na tle sprawy pierwotnej, którą może być niedokrwistość przejściowa wieku szkolnego, niedokrwistość pooperacyjna i t. d. Przy wszelkich chorobach krwi, a szczególnie przy niedokrwistości wtórnej, zwracamy uwagę na: 1) zwiększenie w diecie pokarmów, zawierających białko kompletne (mięso, ryby, jaja, ser); 2) dostarczanie w obfitości żelaza i chlorofilu w postaci warzyw i owoców.

Przy niedokrwistości złośliwej najważniejsze znaczenie ma stosowanie wątroby surowej (względnie żołądka) według metody Minot i Murphy ze Stanów Zjednoczonych. Wątroba, w odpowiedni sposób przyrządzona i podana, działa jako środek hormonalno-witaminowy, a więc traktujemy ją w tym wypadku wyłącznie jako lek, a nie jako pokarm. Poza tym leczenie dietetyczne niedokrwistości złośliwej ma na celu: przeciwdziałanie zmniejszaniu się czerwonych ciałek krwi przez zwiększenie łatwostrawnych potraw z mięsa, wprowadzenie obfitości płynów, szczególnie soków z owoców i jarzyn, zwiększenie ilości soli kuchennej, dostarczenie dużej ilości witamin A i C.

Często spotykaną niedokrwistość, a nawet bezsok i związane z nimi zaburzenia trawienne zwalcza się przez: 1) ograniczenie tłuszczu, 2) zwiększenie ilości kwasów w pożywieniu, 3) zwiększenie ilości rosołów, wyciągów z mięsa i grzybów, 4) wprowadzenie potraw bardzo łatwo strawnych. Podawanie surowej wątroby, mającej tak korzystny wpływ na odbudowę czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, nie ma znaczenia w leczeniu bezsoku oraz przy niedokrwistości. Stąd też, obok leczena dietetycznego, powinno być również i terapeutyczne.

Praktykując w szpitalach w Stanach Zjednoczonych, byłam świadkiem świetnych rezultatów stosowania surowej wątroby i diety specjalnej przy niedokrwistości złośliwej. Niektórzy mężczyźni z 1,5—2 milionów czerwonych ciałek krwi osiągali normę 5 milionów po krótkiej stosunkowo kuracji wątrobianej, bo trwającej zaledwie około dwóch miesięcy. Ilość hemoglobiny już po pięciu tygodniach nie tylko doszła do normy, ale w niektórych wypadkach ją przewyższyła. Ogólne samopoczucie chorych polepszyło się

---

[1]) (Patrz „Pielęgniarka Polska“ nr 1—2; r. 1933, str. 51, przyp. Red.).

znacznie, zabarwienie skóry przybrało odcień świeżo czerwony. Równie dobre wyniki dawało spożywanie żołądka świńskiego.

D i e t a według M u r p h y - M i n o t a wygląda następująco:

Przed śniadaniem 1 szklanka przecedzonego soku z pomarańczy, lub dla oszczędności szklanka wody z przecedzonym sokiem z 1 cytryny.

Na śniadanie: 100 gramów surowych świeżych owoców (najbardziej pożądane truskawki lub poziomki), 40 gramów owsianki, ugotowanej na wodzie na gęsto i podanej z mlekiem, 1 jajko, grzanka z bułki ze świeżym masłem, herbata ze śmietanką.

Na obiad: chude mięso w ilości 150 gramów lub chuda ryba, 300 gramów jarzyn zielonych, t. j. porcja fasolki szparagowej, brukselki, groszku zielonego. Budyń lub surowe owoce.

Na kolację: jarzyny w ilości 300 gramów. Ziemniaki w dowolnej ilości. Bułka 40 gramów, masło 15 gramów. Owoce w dowolnej ilości.

Dodatki z surowej wątroby stosuje się w ilości od 150—250 gramów poza ogólną ilością pożywienia zależnie od wskazań lekarza w każdym poszczególnym wypadku. Wątrobę najlepiej podawać na surowo według przepisów, podanych niżej. O ile pacjent nie znosi smaku surowej wątroby, można ją podawać w opłatkach.

S p o s ó b p r z y r z ą d z a n i a p o t r a w p r z y n i e d o k r w i s t o ś c i z ł o ś l i w e j.

W ą t r o b a n a s u r o w o. Wątrobę w ilości 20 dkg. po obmyciu i pokrajaniu, dwukrotnie przecieramy przez sito. Ucieramy w misce 5 dkg. masła, dodajemy wątroby i dokładnie ucieramy. Tak przyrządzoną masę można przyprawiać rozmaicie: 1) do smaku surowym powidełkiem pomidorowym, solą i papryką; 2) posiekaną sparzoną przetartą cebulą, żółtkiem i sokiem z cytryny oraz solą do smaku; 3) majonezem; 4) pastą sardelową; 5) zmielonym śledziem z surowym jabłkiem, oliwą i cytryną; 6) farszem mięsnym, przyrządzonym jak do pierożków.

Wątrobę na surowo w opłatkach przyrządzamy w następujący sposób: w zwilżone kwadratowe kawałki opłatka (5 cm. kw.) zawijamy mieloną wątrobę i podajemy choremu wraz z wodą do popicia.

Poza tym można stosować surową wątrobę w postaci płynnej, doprawioną sosem kabulowym lub innym sosem ostrym.

Za zezwoleniem lekarza można podawać w ą t r o b ę p ó ł s u r o w ą w następujących potrawach: 1) w zupie z wątroby, która prócz wywaru z mięsa i warzyw, zawiera przetartą wątróbkę, wrzuconą do zupy na dwie minuty przed podaniem; 2) budyń z wątróbki; 3) plastry wątróbki cielęcej po angielsku, t. j. po sparzeniu mlekiem, obsmażonej na obie strony i posolonej dopiero na talerzu.

Przy anemii złośliwej staramy się o dobór odpowiedni potraw i racjonalne ich przyrządzenie. A więc przy daniach mięsnych uwzględnić trzeba: 1) używanie przypraw, podniecających wydzielanie soku żołądkowego; 2) stosowanie odpowiedniej temperatury przy przyrządzaniu mięsa, zależnie od jego rodzaju i gatunku; 3) unikanie dużych ilości tłuszczu i zawiesistych sosów. Podajemy więc mięsa chude pieczone lub opiekane w papierze. Zamiast zawiesistych sosów z mąką, podajemy do mięsa zimnego sosy ostre, jak np. kabulowy, oraz zwiększamy ilość soli i różnych przypraw.

W chorobach krwi w ogóle, a przy anemii złośliwej w szczególności, wskazane jest spożywanie mięsa surowego. O ile chory nie lubi krwistego mięsa, można je po szybkim obsmażeniu na obie strony zdjąć z ognia i potrzymać na patelni pod szczelnym przykryciem kilka minut, gdyż wtedy gorąco z powierzchni mięsa przeniknie do jego wnętrza i zetnie białko. Jeżeli po takim przyrządzeniu naciśniemy mięso widelcem i wyjdzie nie krew, lecz tylko szara ciecz, jest ono już odpowiednie do spożycia.

Do mięsa podajemy obfitość sałat liściastych sezonowych: kiszone ogórki, kiszoną kapustę lub sałaty mieszane z jarzyn surowych i gotowanych. W deserach uwzględniamy przede wszystkim owoce surowe, a zwłaszcza pomarańcze i cytryny.

Maria Morzkowska

Pielęgniarstwo za granicą

Zaczynamy streszczać referaty, wygłoszone w Londynie podczas niedawnego Kongresu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (z którego sprawozdanie ukaże się w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej"). Nie będziemy w stanie podać streszczeń wszystkich referatów — było ich aż 66! Wybieramy więc najważniejsze.

PIELĘGNIARKA, JAKO OBYWATELKA

Referat ten wygłosiła p. N. Breay, Angielka, dając temu zagadnieniu oświetlenie z angielskiego punktu widzenia. Oto postępy w uzyskaniu przez kobiety angielskie praw obywatelskich od czasu, gdy Kongres M. R. P. zebrał się w Londynie po raz ostatni, t. j. przed 28 laty. Po długiej walce kobiety angielskie uzyskały prawo głosowania i zasiadania w parlamencie. Przed pielęgniarkami otwarły się więc szerokie horyzonty: mogą zaważać na szali takich ustaw, jak higieniczne, dotyczące szkolnictwa i spraw własnego zawodu. Pielęgniarki angielskie stoczyły istną walkę również o dyplomy państwowe — zwyciężyły w niej wbrew przeszkodom piętrzonym przez rząd i pielęgniarki niewykwalifikowane, które rozpętały istną burzę w prasie przeciw Stowarzyszeniu Pielęgniarek Wielkiej Brytanii. — Kiedy nadejdzie odpowiedni moment, należałoby się postarać o to, aby pielęgniarki angielskie, wzorem innych krajów, mogły zasiadać w parlamencie. Oczywiście wybór kandydatek przeprowadzi się z należytą uwagą, aby pielęgniarka - posłanka była naprawdę na wysokości swego zadania; odpowiednie pielęgniarki są w stowarzyszeniu angielskim i parlament tylko by zyskał na ich obecności. P. Wellin, od kilku lat prezeska stowarzyszenia pielęgniarek szwedzkich, która była członkiem szwedzkiego parlamentu w ciągu lat piętnastu — zawsze na posiedzeniach parlamentu ubrana w mundur — twierdzi, że wyszkolenie pielęgniarskie otwiera tak szerokie horyzonty życiowe, że jest doskonałym przygotowaniem do zadań posłanki. Często zabierała głos w zakresie spraw higieny, eugeniki, spraw zawodu lekarskiego, nie mówiąc już o pielęgniarskim. A oto, co uzyskała p. Pohjala, pielęgniarka, członek parlamentu finlandzkiego: dzięki jej zabiegom podjęto przebudowę kilku starych szpitali i budowę nowych, a także budowę dwóch klinik uniwersyteckich. W obecnym momencie p. Pohjala walczy o polepszenie higieny dziecka. — Poza parlamentem pielęgniarki powinny zasiadać w różnych komisjach i wydziałach tak rządowych, jak i samorządowych. Czyż nie powinny należeć np. do wydziału szpitalnictwa miasta Londynu? Do tego ostatniego członkowie wchodzą drogą wyboru, lecz istnieje w nim kilka miejsc, na które dostają się drogą kooptacji. Kiedy stowarzyszenie pielęgniarek angielskich starało się ostatnio uzyskać tam miejsca, odpowiedziano im, że są już zajęte — w ten sposób, zarówno szpitalny personel pielęgniarski, jak przede

wszystkim chorzy, znowu będą pozbawieni wglądu w ich sprawy przez osoby do tego szczególniej powołane. Pielęgniarek nikt się najczęściej nie radzi nawet tam, gdzie chodzi właśnie o czysto pielęgniarskie problemy. I tak, kiedy niedawno zastanawiano się nad budżetami instytucyj opiekuńczych, łaźni i pralni publicznych, obciążającymi samorządy — do komisji nie powołano ani jednej pielęgniarki, chociaż projekty obejmowały również i budowę lub przebudowę domów dla pielęgniarek.

Autorka kończy swój referat następującymi wnioskami: w krajach, gdzie pielęgniarki zasiadają w parlamencie, powinny one wyzyskać te prawa z poczuciem odpowiedzialności i głębokim namysłem, tam, gdzie tych praw nie ma, należy dążyć do nich najusilniej; należy się starać, aby pielęgniarki wchodziły w skład wszystkich komisji, dotyczących chorego oraz higieny publicznej, a to dla dobra społeczeństwa, które w ten sposób mogłoby korzystać z fachowych wiadomości, posiadanych przez pielęgniarki. *H. C.*

Varia

NA MARGINESIE OGÓLNOPOLSKIEGO ZJAZDU LEKARZY i PRZYRODNIKÓW

W dniach od 4 do 7 lipca b. r. odbył się we Lwowie ogólnopolski Zjazd Lekarzy i Przyrodników, XV z rzędu. W Zjeździe wzięło udział 1200 osób.

Redakcja „*Polskiej Gazety Lekarskiej*", organu Towarzystw Lekarskich, skupiającego prace lekarzy z całej Polski, wydała numer poświęcony Zjazdowi, zamieszczając dane historyczne i obecne o wydziale lwowskim oraz o lwowskich instytucjach leczniczych, społecznych, wytwórczych, mających łączność z medycyną. Historię Wydziału Lekarskiego skreślił dr. W. Sieradzki. W roku 1661, dekretem króla Jana Kazimierza, istniejące już od 60 lat we Lwowie Kolegium Jezuickie otrzymało pełne prawa akademii, z wymienionym działem medycyny, jako składowej części uczelni. Z powodu różnych przeciwności, wydział ten jednak nie został otwarty. W r. 1773, po rozbiorze Polski, rząd austriacki otworzył t. zw. Collegium Medicum, z zakresem niższej szkoły lekarskiej, która w ciągu z górą 100 lat przechodziła najróżnorodniejsze koleje; kasowano ją, powoływano do życia na różnym poziomie naukowym i o różnych zakresach działania. W 1874 r., gdy w Austrii zniesiono wszelkie niższe uczelnie lekarskie, zamknięto i szkołę we Lwowie, z wyjątkiem szkoły położnych, która do dziś dnia istnieje. Po długich staraniach i wysiłkach ze strony społeczeństwa polskiego, uzyskano zezwolenie od władz austriackich na otwarcie wydziału lekarskiego. W 1894/5 r., a więc w przeszło 2 i ćwierć wieku po pierwszym dekrecie, nadającym prawo prowadzenia wydziału, odbyło się uroczyste poświęcenie i inauguracja Wydziału, przy uniwersytecie, będącym w pełnym rozkwicie. Praca rozpoczęła się jednak w ciężkich warunkach. Samorząd miasta oraz ówczesny Wydział Krajowy musiał w ramach swego budżetu dostarczyć pomieszczenia na zakłady medycyny teoretycznej oraz na oddziały kliniczne z całym koniecznym wyposażeniem. Gorące poczucie narodowe podtrzymywało ducha i zapał do utrzymania tej ważnej placówki. To też społeczeństwo przyczyniało się do utrzymania i rozwoju Wydziału Lekarskiego. W ciągu 5 lat powstało 14 katedr, w skromnych pomieszczeniach otwierano najkonieczniejsze kliniki. W następnych latach przybywały stale nowe katedry. Ilość studentów wzrastała, ukazywały się liczne prace, habilitowało się szereg wybitnych lekarzy. W roku 1918 odrodzone państwo polskie przejęło z uniwersytetem lwowskim pokaźną ilość lekarzy-naukowców i praktyków, przygotowanych do objęcia odpowiedzialnych stanowisk na powstających polskich placówkach. Rozwój Wydziału Lekarskiego postępował nadal, czego dowodem jest choćby

w ostatnich latach powstanie Zakładu Historii Medycyny, Uniwersyteckiej Poradni Przeciwgruźliczej, Ośrodka przeciwgazowego, zapoczątkowanie Instytutu Radiologicznego, zorganizowanie na wysokim poziomie opieki zdrowotnej nad młodzieżą akademicką i to zarówno profilaktycznej, jak leczniczej.

Następne artykuły podają zarysy historyczne i stan obecny poszczególnych zakładów, klinik, instytucyj leczniczych, społecznych i t. p. Dzięki powyższym danym, uczestnicy Zjazdu zawczasu zaznajomili się z całokształtem prac, dokonanych na terenie obrad.

Otwarcia Zjazdu dokonał prof. rektor Julian Nowak z Krakowa. Referatów zgłoszonych było przeszło 1000, jednak wielu z nich nie wygłoszono z powodu braku czasu.

Wielkie zainteresowanie wzbudziły wystawy przyrodolecznicze, uzdrowiskowe i przemysłu farmaceutycznego. Między innymi zwracały uwagę zbiory dr. Mierzeckiego, inicjatora i organizatora poradnictwa zawodowego, chorób zawodowych i bezpieczeństwa pracy na terenie lwowskim. Dr. Mierzecki, specjalista w tej dziedzinie, zebrał około 100 zdjęć rąk robotników, pracujących w różnych zawodach, zdjęcia wykazują zmiany, które następują zależnie od zawodu.

Następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich przypada na r. 1941, a odbyć się ma w Krakowie.

Obszerniejsze i bliższe szczegóły ze Zjazdu we Lwowie znaleźć będzie można w osobno opracowanym wydawnictwie pamiątkowo-sprawozdawczym.

ODKRYWCA MORFINY

W Neuhaus w Westfalii odbyło się w lipcu b. r. poświęcenie pomnika odkrywcy morfiny, aptekarza Fryderyka Sertürnera. Urodził się on w r. 1783 w Neuhaus. Jako 15-letni chłopak przyjęty został na praktykę do jednej z aptek w Padebornie. Interesując się żywo wszelkimi pracami laboratoryjnymi, sporządzając leki roślinne zauważył nieznane dotąd działanie olejków makowca. Kilka lat poświęcił eksperymentom i produkcji opium; wreszcie w 1805 roku wydal pierwszą pracę: *Principium somniferum*. W następnych latach, już jako pomocnik aptekarski, przeprowadzał dalsze badania nad pochodnymi produktami makowca i w 1817 r. wydał dzieło o morfinie i pochodnych makowca. Doniosłe odkrycie Sertürnera nie zostało przyjęte chętnie przez lekarzy i aptekarzy niemieckich, a nawet spotkało się z ostrą krytyką. Wynalazca, nie zniechęcony, poświęcił się drodze naukowej, specjalizując się w badaniach roślin leczniczych. W końcu przyjęty został do Towarzystwa Mineralogicznego w Jenie i nadano mu tytuł doktora filozofii h. c. Praca Sertürnera zainteresowała zagraniczny świat naukowy, wśród którego znalazł on pełne uznanie i podziw. Wtedy to i w całych Niemczech zwrócono uwagę na wynalazcę i z powodzeniem zaczęto stosować morfinę. Dr. Sertürner zmarł w Hameln 1841 r., otoczony sławą i ogólnym uznaniem. M. St.

Kronika pielęgniarska

XII WALNY ZJAZD POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

W jednym z najbliższych numerów „Pielęgniarki Polskiej“ ukaże się szczegółowe sprawozdanie z przebiegu obrad tegorocznego wileńskiego Zjazdu. Dziś już śpieszymy donieść naszym Czytelnikom, że Zjazd wywarł na jego uczestniczki niezapomniane wrażenie. Tego roku szczególniej mocno zaznaczyła się żywotność i rozpęd ruchu pielęgniarskiego i świadomość jego celów wśród członkiń Stowarzyszenia. Zasługa to

i znanej wileńskiej gościnności i serdeczności, zasługa i Koła wileńskiego P. S. P. Z., które organizując Zjazd po raz pierwszy, czyniło to tak sprężyście i z takim ładem, jak by to było po raz dziesiąty, zasługa solidarności zawodowej, dążenia do realizowania wspólnych pragnień, przekonania o racjonalności metod i poczynań nowoczesnego pielęgniarstwa — że się zebrane z całej Polski pielęgniarki czuły w Wilnie, jak u siebie w domu, że było im tak dobrze i tak wesoło.

W SPRAWIE CZASOWEGO PRAWA PEŁNIENIA PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ

W Dzienniku Ustaw Rzplitej z dnia 31 sierpnia 1937 Nr 63, poz. 491 ukazało się rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 17 sierpnia 1937 roku o czasowym prawie wykonywania praktyki pielęgniarskiej. Rozporządzenie to brzmi, jak następuje:

Na podstawie art. III (ust. 4, punkt 2 Ustawy z dnia 21 lutego 1935 o pielęgniarstwie Dz. U. R. P. Nr 27, poz. 179) zarządzam, co następuje:

§ I. Dla przeciwdziałania szerzeniu się epidemiom zezwala się aż do odwołania na czasowe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej:

1) położnym, wymienionym w art. I rozporządzenia Prezydenta R. P. z dnia 16. III. 1928 r. o położnych (Dz. U. R. P. 1934, Nr 5, poz. 41);

2) osobom, posiadającym obywatelstwo polskie i ukończonych 7 oddziałów szkoły powszechnej lub wykształcenie równorzędne, które rozpoczęły pracę w zawodzie pielęgniarskim przed 16 lipca 1935, pozostawały przynajmniej rok w tym zawodzie i przedstawią zaświadczenie zakładu leczniczego lub instytucji zapobiegawczej, w której ostatnio pracowały dłużej, niż 3 miesiące, stwierdzające ich przydatność do wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

§ II. Osoby, wymienione w § I rozporządzenia niniejszego mogą wykonywać czasowo praktykę pielęgniarską wyłącznie w zakładach leczniczych i instytucjach zapobiegawczych pod nadzorem pielęgniarek, posiadających stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

§ III. Do osób, wykonujących zawód pielęgniarski na zasadzie rozporządzenia niniejszego, mają odpowiednie zastosowanie przepisy Ustawy z dnia 21. lutego 1935 r. o pielęgniarstwie.

§ IV. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Opieki Społecznej **Marian Zyndram - Kościałkowski.**

Z WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA

Dnia 18 września odbyło się rozdanie dyplomów w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa. Uroczystość rozpoczęła się Mszą św., odprawioną w kaplicy szkolnej przez Ks. prałata dr. T. Jachimowskiego. Wręczenie dyplomów nastąpiło po południu, w sali aktowej W. S. P. Uroczystość zagaił Prezes Zarządu Szkoły Prof. Dr. Wład. Szenajch. — Dyrektorka Szkoły, p. J. Romanowska, żegnając kończące słuchaczki, zagrzewała je do wytrwałej i ideowej pracy, zaznaczając, że poziom tej pracy ma dziś szczególnie ważne znaczenie, gdyż losy zawodu i systemy szkolenia nie są jeszcze w Polsce ustalone. Wysiłek każdej pielęgniarki na najbardziej oddalonym, najskromniejszym terenie umacnia lub pomniejsza dotychczasowy dorobek zawodowego pielęgniarstwa. W imieniu kończącej grupy przemawiała p. F. Lesiecka, wręczając kwiaty p. J. Romanowskiej i p. Z. Szlenkierównie.

Dyplomy otrzymały

Kurs 28

Irena Adamczyk
Maria Brzozowska
Maria Głuchowska
Zofia Grędecka
Jadwiga Grzywo-Dąbrowska
Maria Kamińska
Jadwiga Kowalewska
Jadwiga Kozioł
Florentyna Lesiecka
Maria Marciak
S. Jadwiga Miszal
Stanisława Mroczkowska
S. Marianna Olechnowicz
Maria Przelaskowska
Anna Rojewska
Karolina Sterlegoff
Maria Szenfeld
Helena Topolska
Filomena Truskowska
Aleksandra Urbanowska
Lubow Worobjew
Janina Zielechowska

ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA P. C. K. W POZNANIU

Dnia 23 września 1937 r. odbyła się w Szkole Pielęgniarstwa P. C. K. w Poznaniu uroczystość wręczenia dyplomów nowej grupie absolwentek. Egzamin końcowy złożyły:

Maria Chrobotówna
Marta Jamborówna
Elżbieta Kaczanowska
Barbara Kasprowiczówna
Janina Krajewska
Helena Kubitzówna
Janina Piątkowska
Zofia Piskorska
Stanisława Rembowska
Katarzyna Schotte
Kazimiera Skowronówna
Bogumiła Włodarska
Kazimiera Ziemiałkowska
Helena Żukowska

W uroczystości wzięli udział przedstawiciele władz państwowych, wojskowych i samorządowych, przedstawicielka Zarządu Głównego P. C. K., członkowie Zarządu Okręgu Wielkopolskiego i miejscowego Oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża oraz pp. wykładowcy i licznie zebrani goście. Do kończących uczennic przemawiał w imieniu Zarządu Okręgu Wielkopolskiego PCK. p. prof. dr. P. Gantkowski, przedstawicielka Zarządu Głównego P. C. K., p. Paszkowska oraz dyrektorka Szkoły, p. Maria Jędrzejewska. Wszystkie absolwentki obejmują pracę w Polskim Czerwonym Krzyżu.

KRONIKA

ALKOHOLIZM i ETERYZM U DZIECI

Ministerstwo Opieki Społecznej powierzyło dr. Hruzewiczowi, dyrektorowi Zakładu Leczniczego w Gościejewie, przeprowadzenie ankiety w sprawie alkoholizmu i eteryzmu dzieci szkolnych. Wyniki ankiety podaje dr. Hruzewicz w artykule „Alkoholizm i eteryzm wśród dzieci szkół powszechnych", zamieszczonym w „Trzeźwości", nr 4 b. r. Rezultat ankiety jest przerażający: 250.000 dzieci w wieku od lat 7—14 pije alkohol sporadycznie, 10.000 — nałogowo. — Eteryzujących się nałogowo jest 250 dzieci, sporadycznie — 4.600. Cyfry te jednak trzeba brać jako minimalne, gdyż nie wszędzie można było uzyskać ścisłe informacje. Ankieta przeprowadzona przez dr. Hruzewicza jest tym cenniejsza, że sam autor przeprowadza w Zakładzie Leczniczym w Gościejewie leczenia odwykowe zarówno starszych, jak i młodzieży. W artykule swym autor omawia sposoby zapobiegania i przeciwdziałania klęsce narkotyzowania młodzieży, podaje wskazówki dla wychowawców, sposoby wpływania na starszych i rodziców, którzy w dużej mierze tolerują fatalne nałogi, jeżeli nie zachęcają i nie ułatwiają dzieciom używania narkotyków.

LECZENIE WYMOWY

W Warszawie przy ul. Kruczej 21 od lat pięciu istnieje przychodnia lecznicza dla dzieci jąkających się lub sepleniących ze szkół powszechnych, gimnazjów i szkół zawodowych, należących do miasta. Lekcje wymowy prowadzą specjaliści bezpłatnie. W roku bieżącym do przychodni uczęszcza ponad 100 dzieci. Niestety tego rodzaju przychodnie są mało rozpowszechnione, gdyż zaangażowanie specjalnie przygotowanego personelu lekarsko-wychowawczego pociąga za sobą znaczniejsze koszta. Mogą więc tylko istnieć w większych miastach, t. j. mogą być subwencjonowane przez władze samorządowe o większych obrotach budżetowych. Natomiast dzieci w miastach prowincjonalnych lub na wsi nie mają dostępu do tych przychodni, co jest tym większą szkodą, że leczenie nie jest długie, a wyniki jego są bardzo dobre i trwałe i nie potrzebują stałej kontroli. Wyleczenie dziecka z jąkania i seplenienia stanowi niejednokrotnie o jego późniejszych losach i to nie tylko ze względu na jego zawód, ale i na psychikę i rozwój jego zdolności.

PRZYMUSOWE ŚWIADECTWA

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej zaprowadzane są przymusowe badania w kierunku chorób wenerycznych wszystkich osób, zawierających związek małżeński. Świadectwa zdrowia wydają miejskie zakłady i urzędy zdrowia. Osoby chore obowiązane są przed zawarciem małżeństwa przeprowadzić kurację; następnie same mają dbać o kontrolę zdrowia, zgłaszając się do odpowiednich instytucyj. Władze wprowadzające te zarządzenia, zapewniają bezwzględną dyskrecję, świadectwa wydają bezpłatnie.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka Kraków, św. Krzyża 11

XII Walny Zjazd P. S. P. Z.

w Wilnie

9—10—11 X 1937

Program i warunki uczestnictwa — w Pielęgniarce Polskiej nr 7-8.

Komisja Organizacyjna XII Walnego Zjazdu P. S. P. Z. informuje dodatkowo, że

Uczestniczki Zjazdu, w celu otrzymania zniżki kolejowej w drodze powrotnej, muszą zaopatrzyć się w dowód osobisty, ewentualnie w legitymację, wydaną przez instytucję, w której dana pielęgniarka pracuje

KOMISJA ORGANIZACYJNA XII WALNEGO ZJAZDU P. S. P. Z.

Wilno, Wielka 46, Ośrodek Zdrowia


piękne zęby-
KLORO
MINT
świeży oddech


HYGENOL
PUDER DLA DZIECI
B.S.
HYGENOL
PUDER DLA DZIECI